

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 38

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
des
SARCOMES
de la
CONJONCTIVE SCLÉRALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre GALAUP

né aux CABANNES (Tarn), le 18 Novembre 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42. Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1923

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES DE LA CONJONCTIVE SCLÉRALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FAÇULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 38

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
des
SARCOMES
de la
CONJONCTIVE SCLÉRALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre GALAUP

né aux CABANNES (Tarn), le 48 Novembre 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
	TIXIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BERARD.
Clinique ophtalmologique.....	COMMANDEUR.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	ROLLET.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des enfants.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des femmes.....	WEILL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	POLLOSSON (M.).
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LANNOIS.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	ROCHET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale.....	CLUZET.
Chimie organique et Toxicologie.....	HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique.....	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRETIN.
Anatomie	GUIART.
Histologie	LATARJET.
Physiologie	POLICARD.
Pathologie Interne.....	DOYON.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	COLLET.
Anatomie pathologique.....	MOURIQUAND.
Chirurgie opératoire.....	PAVIOT.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	VILLARD.
Médecine légale.....	ARLOING (F.).
Hygiène	Etienne MARTIN.
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	COURMONT (P.).
Pharmacologie	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président; DUROUX, assesseur;
DUNET et A. CHALIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail, humble
témoignage de ma profonde affection et
de ma reconnaissance infinie.

A MA SŒUR

Qu'elle soit assurée de ma sincère
affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

Morts pour la France

A MES COMPAGNONS D'ARMES

du 2^{me} Régiment d'Artillerie de Montagne

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE ROLLET
Professeur de Clinique Ophtalmologique
Officier de la Légion d'honneur

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous l'assurons de notre profonde gratitude.

A MES JUGES

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE, DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SARCOMES DE LA CONJONCTIVE SCLÉRALE

AVANT-PROPOS

Avant d'entreprendre la rédaction de ce modeste travail, il est pour nous un agréable devoir à remplir : c'est celui de remercier les maîtres qui nous ont instruit.

Nous rendons hommage à tous nos professeurs de la Faculté de Lyon, de Toulouse, de l'Ecole du Service de Santé Militaire.

Nous témoignons tout particulièrement notre reconnaissance à M. le Professeur Rollet, dont nous avons eu l'honneur de fréquenter le service. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et nous a patiemment guidé dans notre travail. Il n'a cessé d'être pour nous un maître dévoué nous prodiguant son enseignement et ses conseils ; nous le remercions donc de l'intérêt qu'il nous a porté et de sa bienveillante sollicitude.

INTRODUCTION

D'une manière générale, on peut définir les sarcomes comme étant des tumeurs malignes de la série conjunctivo-vasculaire, ordinairement riches en vaisseaux et constituées presque uniquement par des éléments cellulaires de forme et de volume variables.

Ces tumeurs peuvent s'observer en tous points de la conjonctive et l'on a décrit des sarcomes de la conjonctive palpébrale, des sarcomes de la conjonctive bulbaire. Dans le groupe des tumeurs de la conjonctive bulbaire, les auteurs, le plus souvent, comprennent toutes celles qui se développent dans les parties de cette membrane correspondant au limbe et à la sclérotique.

A l'instigation de M. le Professeur Rollet, nous essayerons de séparer l'étude de ces deux dernières localisations. Nous ne traiterons, au cours de notre travail, que des sarcomes de la conjonctive sclérale. Nous nous efforcerons d'en donner les caractères propres et les quelques particularités qui les distinguent des sarcomes du limbe, région si individualisée, tant au point de vue anatomique que pathologique.

Les tumeurs de la conjonctive sclérale sont primitives ou métastatiques.

Les sarcomes primitifs sont beaucoup moins fréquents que ceux du limbe. Nous avons pu en recueillir 11 observations dans la littérature dont nous disposions.

Les sarcomes métastatiques sont d'une excessive rareté. M. le Professeur Rollet a eu l'occasion d'en examiner, suivre et traiter un cas dans sa Clinique d'Ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il a bien voulu nous en communiquer l'observation.

Indépendamment de ces deux variétés, il existe encore des sarcomes propagés à la conjonctive sclérale, mais ayant leur origine dans le limbe ou la conjonctive palpébrale. Nous n'envisagerons pas, ici, leur étude, qui se confond avec celle des tumeurs de ces dernières régions.

Les diverses hypothèses sur la nature et le développement des néoplasmes faisant jouer un rôle à la variété du tissu où ils prennent naissance, nous avons cru devoir, avant d'aborder l'étude du sarcome, rappeler la disposition anatomique et la structure de la conjonctive.

CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomiques sur la Conjonctive sclérale. Ses caractères distinctifs.

La conjonctive est la membrane muqueuse mince et transparente tapissant la face postérieure des paupières et la face antérieure du globe de l'œil. Les anatomistes la divisent en : *conjonctive palpébrale*, *conjonctive oculaire ou bulbaire* et *conjonctive du cul de sac*.

A la *conjonctive bulbaire*, on décrit une *portion sclérale* et une *portion cornéenne*.

Dans sa première portion, la conjonctive bulbaire répond à la sclérotique. Elle est mince et transparente et laisse voir, dans toute son étendue, la coloration blanche de la membrane sous-jacente, (blanc de l'œil).

Arrivée à la cornée, la conjonctive adhère intimement au pourtour de cette membrane et forme là, sur

la ligne de soudure scléro-cornéenne, une zone circulaire, d'une structure un peu particulière, que l'on désigne sous le nom de *limbe conjonctival* ou d'*anneau conjonctival*. Dans la partie restante de sa portion cornéenne, la conjonctive n'est autre que la couche épithéliale antérieure de la cornée.

Structure.

La conjonctive est constituée histologiquement par un épithélium et un chorion ou derme conjonctival.

EPITHELIUM. — Au niveau du *limbe*, le caractère pavimenteux de l'épithélium est très accusé, les cellules de la couche superficielle sont très aplaties ; celles de la couche profonde ou génératrice sont cylindriques basses et contiennent toujours du pigment.

Dans la *portion sclérale*, on retrouve à peu près les mêmes assises cellulaires, mais le caractère pavimenteux stratifié est de moins en moins accusé. Dans la couche superficielle apparaissent peu à peu des éléments cubiques, puis cylindriques. Ceux-ci deviennent nombreux au niveau du cul-de-sac, établissant ainsi un lieu de transition entre la conjonctive oculaire à épithélium pavimenteux stratifié et la conjonctive palpébrale à épithélium cylindrique.

DERME. — Le derme conjonctival comprend :

a) Une couche superficielle adénoïde, formée d'un stroma conjonctif dans les mailles duquel se trouvent des amas cellulaires. Cette couche est peu épaisse

dans la *région sclérale* ; dans la région du *limbe*, elle s'amincit encore et cesse complètement.

b) Une couche profonde ou fibreuse, qui n'est autre que l'ensemble des expansions tenoniennes se détachant des tendons des muscles droits pour venir se perdre au niveau du limbe, à 3 ou 4 millimètres du bord cornéen.

VAISSEAUX. — Pour compléter cette étude anatomique et histologique de la conjonctive, nous dirons un mot des vaisseaux et lymphatiques auxquels on fait jouer un rôle dans la théorie des métastases tumorales.

a) *Artères*. — La plus grande partie des rameaux artériels qui se distribuent à la conjonctive provient des branches perforantes postérieures de l'arcade artérielle périphérique du tarse ; cette arcade est surtout alimentée par les artères palpébrales et lacrymales. Deux zones seulement de la muqueuse conjonctivale, larges chacune de 3 à 4 millimètres, reçoivent leur sang de sources différentes : l'une de celles-ci formant ourlet autour de l'orifice palpébral se trouve, en effet, artérialisée par des rameaux des branches postérieures perforantes de l'arcade marginale ou arc interne du tarse ; l'autre, située autour de la cornée, est nourrie par des rameaux artériels provenant des artères ciliaires antérieures. Ces derniers rameaux sont accompagnés de cellules pigmentaires ; ils forment, par leur anastomoses, le réseau péricornéen.

b) *Veines*. — Les veines suivent les artères.

c) *Lymphatiques*. — Les lymphatiques forment, dans le derme de la muqueuse, deux réseaux, l'un pro-

fond, l'autre superficiel, reliés entre eux par des anastomoses.

Les troncles lymphatiques, nés des réseaux précédents, cheminent dans la couche profonde de la conjonctive et se dirigent vers les commissures palpébrales, où ils viennent s'unir aux lymphatiques des paupières. Comme ces derniers, ils vont se jeter : en dedans, dans les ganglions sous-maxillaires ; en dehors, dans les ganglions parotidiens.

CHAPITRE II

Historique.

L'étude des tumeurs de la conjonctive, et en particulier des sarcomes, est relativement récente. Les premières observations, il est vrai, sont déjà anciennes, mais elles étaient encore imprécises et l'affection restait mal connue.

La première notion de tumeur maligne de cette membrane se trouve chez Aétius, qui les décrit sous le titre « d'affections qui se développent sur le blanc de l'œil ».

Au XVIII^e siècle, on retrouve certains articles et descriptions pouvant être relatives aux tumeurs conjonctivales.

En 1703, du Verney le Jeune rapporte à l'Académie des Sciences l'histoire d'un ecclésiastique qui avait « une excroissance à l'œil ».

Maître Jean fait sans doute allusion à cette affection, lorsqu'il parle « d'excroissances de chair nées à la surface de la cornée opaque et si malignes qu'elles

tiennent du cancer ». Plus tard, Saint-Yves rapporte des observations de cas pathologiques présentant des caractères cliniques analogues à ceux d'une tumeur.

Il faut arriver au traité de Mackenzie, et surtout à celui de Desmarres, pour avoir une description classique. Ces auteurs ont, au point de vue clinique, mis cette affection à sa vraie place ; mais ils ne pouvaient à leur époque en comprendre toutes les particularités anatomiques.

Les observations se sont ensuite suivies de près et ainsi s'est trouvé définitivement établie l'histoire clinique des tumeurs malignes, et enfin précisée leur histoire anatomo-pathologique.

Parmi les nombreux travaux à leur sujet, nous signalons ceux de Græfe, de Panas, de Poncet, les thèses de Charnaud, de Marzin, sur les sarcomes mélaniques de la conjonctive et des paupières.

Plus près de nous, ont paru le traité de Kerschbaumer sur les sarcomes des yeux, et le beau livre de M. le Professeur Lagrange sur les tumeurs de l'œil. Ce dernier auteur, dans son ouvrage, nous montre la marche générale des tumeurs de la conjonctive bulbaire ; il nous en décrit la constitution ; il fait ressortir la possibilité de la cure radicale par l'ablation, la possibilité aussi de la pénétration, des sarcomes du limbe, dans l'œil.

Si, maintenant, nous recherchons dans la littérature les travaux relatifs aux tumeurs métastatiques de la conjonctive, nous sommes frappé par la rareté des observations.

On a vu, dans certaines septicémies, les agents de la suppuration attaquer les yeux et ces faits ont été décrits depuis longtemps. On a rapporté aussi des cas de tumeurs secondaires de la choroïde, du nerf optique. Mais, jusqu'en 1904, on ne trouve aucun cas certain de sarcome métastatique de la conjonctive. A cette date, Arnold Josefson publia l'observation d'une malade, âgée de 20 ans, atteinte de sarcome primitif du tibia gauche avec noyaux secondaires dans la peau, la conjonctive des deux yeux, la dure-mère, les reins, le foie, la rate, les ganglions.

CHAPITRE III

Etiologie et Pathogénie.

L'étiologie des sarcomes primitifs de la conjonctive est aussi obscure que celle des autres tumeurs. Nous n'en connaissons pas la cause réelle et initiale. Actuellement, deux théories se disputent cette cause : *la théorie microbienne et parasitaire*, et *la théorie cellulaire*.

La première incrimine les microbes et parasites : microcoques, virus filtrants, coccidies ; elle semble avoir moins d'adeptes que la deuxième.

Les partisans de la théorie cellulaire admettent que certaines cellules de l'organisme, d'origine embryonnaire ou non, subissent une perversion dans leur pouvoir de multiplication, de sécrétion, bien probablement par intervention d'une cause primordiale inconnue actuellement et donnent lieu ainsi à la formation des tumeurs.

Parmi les conditions étiologiques, on compte encore le traumatisme, l'âge, l'hérédité.

L'étiologie traumatique est assez facilement admise par certains auteurs. Cependant, notre incertitude sur l'essence même du cancer nous laisse complètement ignorants du rôle exact que peut bien jouer le trauma. Les anciens considéraient déjà les contusions de l'œil comme favorisant beaucoup le développement des tumeurs. Les excroissances de chair, dit Saint-Yves, viennent après quelques coups ou plaies reçus à l'œil. Le traumatisme semble avoir joué un rôle occasionnel dans l'observation IV, que nous rapportons. Chapelle termine sa thèse sur les relations des tumeurs oculaires avec le traumatisme, en concluant : « S'il est difficile de prouver d'une façon scientifique et expérimentale que le trauma peut être la cause directe du sarcome, il est des cas, rares il est vrai, où la succession des phénomènes est telle que son action ne saurait être mise en doute. »

L'irritation peut aussi contribuer au développement des tumeurs conjonctivales. On a attribué une action très nocive aux cautérisations répétées sur des phlyctènes rebelles ou récidivantes. L'usage de collyres irritants a été incriminé : il semble, dans plusieurs cas, avoir activé le développement de la tumeur.

L'âge auquel apparaissent les tumeurs de la conjonctive sclérale est, comme dans toutes les régions de l'organisme, déterminé, en grande partie, par leur variété histologique. L'épithélioma se rencontre ordinairement à un âge assez avancé ; le sarcome, au contraire, à tous les âges. Ainsi, dans les diverses observations que nous avons pu réunir, nous trouvons :

- 1 cas chez une fille de 12 ans (Piccioni),
- 1 cas chez une fille de 15 ans (Schwenk),
- 1 cas chez une fille de 15 ans (Hoor),
- 1 cas chez une fille de 15 ans (Wood),
- 1 cas chez une femme de 30 ans (Grossmann),
- 1 cas chez une femme de 46 ans (Howard),
- 1 cas chez un homme de 48 ans (Betti),
- 1 cas chez une femme de 58 ans (Kerschbaumer),
- 1 cas chez un homme de 69 ans (Heckel),
- 1 cas chez un homme de 70 ans (De Wecker),
- 1 cas chez un homme de 83 ans (Addario). •

La même obscurité règne sur l'étiologie des sarcomes métastatiques de la conjonctive.

On peut les rencontrer à tout âge ; la malade observée à la Clinique d'Ophtalmologie de Lyon avait 67 ans ; dans l'observation publiée par Josefson, la patiente était une femme de 20 ans.

L'*organe*, la *région* où se développe la tumeur primitive ne semble pas non plus influencer sur la fréquence des métastases conjonctivales.

Quant à la pathogénie, elle est probablement la même que celle de toute métastase tumorale. Ces métastases s'effectuent, on suppose, par deux processus : l'un, l'embolie sanguine, l'autre, l'embolie lymphatique. Cette dernière se produit toujours à une faible distance du foyer primitif, tandis que la première va constituer des noyaux secondaires éloignés.

En dehors de ces hypothèses, il convient d'accepter la rareté des tumeurs secondaires au niveau de la conjonctive. A l'égard de cette généralisation, l'œil semble présenter une certaine immunité, si l'on en juge par le petit nombre de cas où des productions métastatiques y ont été constatées.

Fuchs, sur 47 cas de cancer du sein, n'a trouvé aucune métastase au niveau de la conjonctive. Paquet, au cours de 733 autopsies de malades morts de cancer, n'a pu découvrir aucun noyau secondaire dans l'œil. Douglas Symmer, dans les comptes rendus de 298 nécropsies de sujets morts d'affections néoplasiques, rapporte 220 cas de métastases dans divers organes ; aucune de ces tumeurs secondaires ne siégeait dans la conjonctive.

Cette rareté de généralisation peut s'expliquer par les conditions spéciales qui président à la pathogénie de l'affection. L'étroitesse des vaisseaux, la faiblesse **du courant** sanguin au niveau de la conjonctive rendent l'embolie difficile. En outre, avant d'arriver à l'œil, les cellules sarcomateuses versées dans le système veineux ont à traverser les poumons ; une fois arrivées au cœur gauche, elles ont tendance à **cheminer vers** le foie, le cerveau, la colonne vertébrale, plutôt que de prendre le chemin détourné qui les amènera dans la conjonctive.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique.

Nous basant sur un caractère distinctif important : la présence ou l'absence de mélanine, nous pouvons classer les sarcomes de la conjonctive sclérale en leuco-sarcomes et mélano-sarcomes.

Cette première division étant admise, chacun de ces deux groupes contient, à son tour, diverses variétés qui résultent de la forme des cellules et de leur groupement. De la forme des cellules dérivent : les sarcomes à cellules rondes, les sarcomes à cellules fusiformes ; de leur disposition : les sarcomes alvéolaires. Notre classification devient donc la suivante :

I. — LEUCO-SARCOMES

- a)* à cellules fusiformes,
- b)* à cellules rondes,
- c)* à cellules rondes et cellules fusiformes,
- d)* à structure alvéolaire.

II. — MÉLANO-SARCOMES

- à cellules fusiformes,
- à cellules rondes,
- à cellules rondes et cellules fusiformes,
- à structure alvéolaire.

I. — Leuco-sarcomes.

Au niveau de la conjonctive sclérale, les leuco-sarcomes semblent être plus fréquents que les sarcomes mélaniques.

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES. — Dans l'ensemble des cas, ces tumeurs affectent une forme circonscrite, rarement diffuse. Le volume en est variable. La coloration varie aussi du rouge au blanc jaunâtre, suivant le degré de vascularisation de la tumeur.

CARACTÈRES MICROSCOPIQUES. — a) *Sarcomes à cellules fusiformes*. Les sarcomes fasciculés sont composés de cellules fusiformes, ayant leurs deux extrémités allongées et souvent bifurquées. Les éléments cellulaires sont juxtaposés d'une façon régulière, de manière que les extrémités des uns soient en contact avec le renflement des autres. Cette disposition des cellules donne naissance aux faisceaux et aux tourbillons notés sur la surface de section.

b) *Sarcomes à cellules rondes ou sarcomes globocellulaires*. — Ces tumeurs contiennent des cellules arrondies, irrégulières, souvent petites, tassées les unes contre les autres, séparées par une substance intercellulaire peu abondante.

c) *Sarcomes à cellules rondes et à cellules fusiformes*. — C'est une forme mixte, constituée par des cellules rondes et des cellules fusiformes.

d) *Sarcomes alvéolaires*. — Cette variété est caractérisée par un développement considérable de la

charpente, avec mailles disposées en ordre régulier. Les lacunes comprises entre les travées de la charpente sont remplies de cellules.

II. — **Mélano-sarcomes.**

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES. — Ces tumeurs affectent la forme et le volume des précédentes. Leur coloration, le plus souvent, est d'une teinte noire uniforme ; mais il est des cas où elle peut varier du gris au noir, suivant les points considérés.

CARACTÈRES MICROSCOPIQUES. — La division en sarcomes à cellules rondes, sarcomes à cellules fusiformes, sarcomes alvéolaires, s'entend aussi bien des sarcomes pigmentés que des sarcomes blancs. Nous ne décrivons donc pas ces diverses variétés et nous limiterons l'étude des tumeurs mélaniques aux différences qui les séparent du groupe précédent.

La pigmentation est le fait essentiel qui caractérise les mélano-sarcomes. Ce pigment se présente sous la forme de grains isolés, disposés dans l'intérieur des cellules, quelquefois intercellulaires.

Au sujet de l'origine et de la nature du pigment, l'accord est loin d'être fait et l'obscurité règne sur ces questions.

Pour terminer, nous ajouterons qu'il existe des formes mixtes, tenant à la fois du leuco-sarcome et du mélano-sarcome. Certains auteurs prétendent même, en se basant sur des observations personnelles, que le

leuco-sarcome évolue souvent vers le mélano-sarcome et récidive parfois sous forme de tumeur pigmentée.

La structure anatomo-pathologique des sarcomes métastatiques de la conjonctive dépend de la structure de la tumeur origine. Les noyaux secondaires, siégeant au niveau de l'œil, seront constitués par des cellules rondes, fusiformes, pigmentées, suivant que le sarcome, point de départ des métastases, sera une tumeur à cellules rondes, fusiformes ou pigmentées.

CHAPITRE V

Evolution et Symptômes.

Les sarcomes de la conjonctive sclérale naissent dans les éléments du tissu cellulaire sous-conjonctival. Ces tumeurs se développent parfois au niveau d'un *nœvus* ou d'une tache pigmentaire ; dans d'autres cas, elles semblent consécutives à un traumatisme. Le plus souvent, elles apparaissent sans aucune cause évidente. Elles sont beaucoup plus rares que les sarcomes du limbe.

Au début, l'affection ne présente pas de caractères bien définis. C'est d'abord une petite élevation de la conjonctive, de coloration brune ou jaune rougeâtre, suivant le degré de pigmentation ou de vascularisation. Cette tumeur naissante est indolore, ne gêne pas la vision ni les mouvements de l'œil, provoque rarement du larmolement et attire peu l'attention du malade. A cette période initiale existent quelques incertitudes et il n'est pas rare que la lésion méconnue ne soit, à plusieurs reprises, cautérisée au fer rouge ou au nitrate d'argent.

Malgré ces divers traitements, la petite production morbide augmente peu à peu et prend ses caractères définitifs. Sa forme est alors sessile ou pédiculée ; son volume est celui d'un pois, d'une noix, d'un œuf. Verhoeff a vu, chez un malade, un sarcome de la conjonctive pesant 164 grammes. Cette tumeur évoluait depuis dix ans ; elle avait entouré le globe oculaire et l'avait entraîné complètement hors de l'orbite. Arrivée à ce point de développement, la tumeur se présente rarement sous la forme lisse ; elle apparaît dans l'intervalle des paupières écartées comme une masse rouge bourgeonnante. La conjonctive soulevée et distendue est ulcérée. La surface mamelonnée du néoplasme saigne au moindre contact.

Le développement des sarcomes de la conjonctive sclérale est généralement lent et leur évolution peut durer plusieurs années. On rencontre cependant des cas, surtout chez l'enfant, de sarcome à évolution très rapide. Ces tumeurs peuvent s'étendre aux paupières, à l'orbite, mais tant qu'elles n'ont pas atteint le limbe, *elles ne se propagent qu'exceptionnellement aux membranes internes de l'œil* ; c'est là leur caractère important. Elles respectent généralement la sclérotique, qui leur sert de point d'appui, non de point de départ, et protège l'organe contre l'envahissement tumoral. Les tumeurs du limbe, au contraire, peuvent être d'emblée pénétrantes. Les auteurs expliquent cette particularité par la propagation de la tumeur le long des vaisseaux ciliaires antérieurs qui viennent justement aboutir dans cette région.

A côté des caractères précédents, nous devons signaler l'absence, dans la plupart des cas, de douleurs et de retentissement ganglionnaire. Contrairement à ce qu'on observe dans les tumeurs malignes, il est rare de trouver ici un engorgement des ganglions tributaires de la région malade. L'adénopathie ne s'observe que lorsqu'il s'agit de sarcome très malin, à évolution rapide, ou de sarcome existant depuis des mois, des années et arrivant à la période terminale.

Nous ne croyons pas devoir faire une étude clinique spéciale des sarcomes métastatiques de la conjonctive sclérale. Outre que le nombre des observations est encore bien insuffisant pour lui donner quelque valeur, il nous a semblé, en effet, que, sauf en ce qui concerne leur pathogénie, l'histoire de ces tumeurs secondaires se confond, sous tous les autres rapports, avec celle des tumeurs primitives.

Dans le cas observé par M. le Professeur Rollet, le début de la maladie était silencieux ; aussi, la malade ayant l'attention attirée par la tumeur primitive n'a pu fixer l'époque exacte à laquelle remonte son affection oculaire. Un fait est commun à notre observation et à celle qui a été publiée par Josefson : c'est la coexistence de la métastase conjonctivale avec de nombreux noyaux secondaires siégeant en d'autres points de l'organisme.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

L'*épislérite*, élevation jaunâtre sur fond rouge vif, saillie sensible au toucher, ne saurait, au début, prêter longtemps à confusion ; il suffit de pratiquer un examen attentif de l'œil pour éliminer cette première hypothèse et reconnaître l'existence d'une tumeur.

Il faut alors se demander si l'on se trouve en présence d'une *tumeur maligne* : *sarcome*, *épithéliome* ; ou d'une *tumeur bénigne* : *kyste dermoïde*, *dermo-lipome*, *lipome*, *papillome*, *pinguecula*.

La différenciation du sarcome d'avec l'épithéliome peut être délicate, car, dans ces deux affections, on retrouve à peu près les mêmes caractères : marche traînante, pas de douleurs, rarement adénopathie. Pour établir une distinction, on s'aidera des connaissances suivantes : l'*épithéliome* est plus fréquent que le sarcome ; c'est une tumeur peu élevée, restant dans les couches superficielles de la conjonctive et présentant une large base. Dès le début, le plus souvent, sa

surface est bosselée et irrégulière ; elle s'excorie rapidement et laisse écouler une sécrétion sanieuse. Le *sarcome*, au contraire, est saillant ; à sa période initiale, il est recouvert par l'épithélium conjonctival lisse et brillant ; plus tard, lorsqu'il s'ulcère, étant très vasculaire, il saigne au moindre contact. A un stade très avancé, ces quelques caractères différentiels disparaissent. On ne peut, dans ce cas, déterminer la nature épithéliale ou sarcomateuse de la tumeur qu'en ayant recours à la biopsie.

Le *dermo-épithéliome*, tumeur dermoïde, d'après Parinaud, épithéliome bénin, d'après Kalt, présente à peu près les mêmes caractères que l'épithéliome. Il apparaît chez les personnes jeunes.

Le *lymphadénome* de la conjonctive est une affection très rare. Sa rareté met le clinicien à l'abri d'une erreur de diagnostic. Il pourra, d'ailleurs, l'éviter par l'examen complet du malade. Ce dernier présentera de la leucocytémie de l'engorgement ganglionnaire en divers points de son organisme.

Les *tumeurs dermoïdes* présentent un caractère assez tranché pour être reconnues facilement. Elles existent à la naissance et sont toujours observées dans le jeune âge. Leur forme est arrondie, leur surface porte quelques poils. Elles coexistent avec des malformations diverses.

Les *dermo-lipomes* ont à peu près les mêmes caractères que les dermoïdes. Le plus souvent, à leur surface, on ne trouve pas de poils visibles à l'œil nu.

Le *lipome* sous-conjonctival est rare ; il a un aspect jaunâtre et présente cette particularité de passer

inaperçu au moment de la naissance, à cause de sa situation sous-palpébrale. Il n'est reconnu que plus tard, à 3 ans, à la puberté et même, dans un cas, après la cinquantième année.

Le *pinguécula* est facilement reconnaissable à son pannicule graisseux.

Le *papillome* se développe surtout sur la partie interne de la conjonctive oculaire ; cette production a l'aspect de petites tumeurs arrondies, agglomérées, comparables à de petites fraises. Il évolue très lentement et ne s'ulcère pas.

Le sarcome mélanique de la conjonctive peut encore simuler un *nævus*. Les commémoratifs, l'aspect, le siège de la tumeur aideront au diagnostic. On aura garde de ne pas oublier qu'un *nævus* peut dégénérer en sarcome.

Les auteurs mentionnent encore la possibilité de confondre le sarcome avec l'hypertrophie de la conjonctive, produite par la présence d'un *corps étranger* ; avec le *cysticerque* sous-conjonctival. L'examen minutieux permet le diagnostic.

Le *ptérygion* charnu pourrait en imposer quelquefois pour un sarcome, mais sa forme triangulaire spéciale, la possibilité de le saisir avec une pince, de le soulever en partie dissipent le doute.

Pour être complet, il nous reste à citer, parmi les diagnostics exceptionnels : le *lupus*, le *chancre* et les *gommès* syphilitiques de la conjonctive.

Le *lupus*, très rarement primitif, se présente sous forme d'élevure diaphane, de couleur sucre d'orge.

La distinction du *chancre* est rarement embarras-

sante. Cet accident syphilitique, peu commun au niveau de la conjonctive oculaire, a l'aspect d'une exulcération arrondie, à bords réguliers ; l'adénite est précoce ; la marche rapide. Au contraire, la marche du sarcome même ulcéré est lente, l'adénopathie est rare et toujours tardive.

Quant aux *gommes* de la conjonctive, les antécédents, l'évolution rapide de cette lésion et le traitement permettront d'en découvrir la nature.

Lorsqu'il s'agira de *sarcome métastatique* de la conjonctive sclérale, le même diagnostic différentiel s'imposera. Il sera moins difficile, à cause du fait clinique majeur dominant la scène, à savoir la présence habituelle, évidente du sarcome originel.

Pour éviter de le confondre avec un sarcome primitif, l'observateur devra soigneusement interroger tous les organes, en particulier ceux qui sont le plus souvent atteints par cette tumeur. Outre la présence du sarcome primitif, on trouvera, à l'examen complet du malade, d'autres métastases qui rendront le diagnostic immédiatement facile.

CHAPITRE VII

Pronostic.

La marche des sarcomes de la conjonctive sclérale est loin d'être toujours la même, mais, d'ordinaire, le pronostic en est mauvais.

Les cas les moins graves sont les cas de sarcome s'étendant lentement et quelques-uns d'entre eux ont pu être guéris par une opération précoce.

La malignité est jugée par une augmentation rapide de la tumeur, par l'extension au limbe, d'où le néoplasme pourra pénétrer dans l'intérieur de l'œil, en suivant les vaisseaux et les lymphatiques. La production de métastases ganglionnaires ou l'apparition de récidives aggravent encore le pronostic. Ces récidives sont fréquentes; elles surviennent au bout de quelques mois, parfois après quelques années, et peuvent conduire à l'énucléation.

La présence de pigment dans les sarcomes de la conjonctive entraîne, pour certains auteurs, un mauvais pronostic. Pour d'autres, c'est un simple accident,

elle n'a aucune valeur permettant de déterminer la malignité ou la bénignité de ces tumeurs.

Le pronostic du sarcome métastatique de la conjonctive est toujours grave. Cette localisation secondaire coexiste en effet le plus souvent avec de nombreux noyaux métastatiques et l'avenir du malade est compromis par l'ensemble de ces généralisations.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Le traitement du sarcome de la conjonctive sclérale se confond avec celui de toute tumeur maligne de la conjonctive.

Lorsque l'orbite est envahi, lorsque le sarcome a gagné le limbe et de là a pénétré dans la chambre antérieure, l'énucléation s'impose. De même, si les ganglions sous-maxillaires, préauriculaires sont engorgés, leur ablation est aussi nécessaire que l'ablation de l'œil.

En dehors de ces cas, où le traitement n'est pas discuté, certains auteurs sont partisans d'une opération conservatrice ; d'autres, au contraire, préconisent l'énucléation.

Fage pense que le traitement du néoplasme ne doit viser que l'ablation de la tumeur, avec raclage des couches sclérales sur lesquelles la tumeur s'implante et cautérisation au fer rouge. Lagrange, Fuchs acceptent ce traitement seulement dans les cas de tumeurs

s'étendant lentement en surface. Ils pratiquent, en outre, si c'est nécessaire, l'excision d'une partie de la conjonctive dépassant largement les limites du mal. D'après Koller, ce traitement appliqué de bonne heure prévient les récidives et les métastases. Verner incline aussi à croire que l'énucléation est un procédé trop énergique. Avec les auteurs précédents, il réserve cette mesure radicale aux tumeurs à croissance rapide et si développées que la plus grande partie de la conjonctive doit être excisée.

Pour Verhoeff et Loring, l'énucléation immédiate est la meilleure des opérations. Ils arrivent à cette conclusion, après avoir analysé 73 observations de malades atteints de sarcome de la conjonctive. Dans 53 cas, traités par l'ablation de la tumeur seule, ils ont noté 36 cas de récidive ; aussi, ils n'acceptent cette dernière méthode que lorsqu'il s'agit d'un sarcome petit, bien circonscrit, chez un malade pouvant être observé pendant une période assez longue après l'opération.

D'autres cliniciens enfin ont essayé de traiter les sarcomes de la conjonctive par la radiothérapie. Ils ont obtenu quelques guérisons. Etant donné cependant le peu de sensibilité de ces tumeurs aux rayons X, nous croyons, avec Braunschweig, que la meilleure pratique consiste peut-être en la combinaison des deux moyens thérapeutiques. La tumeur est d'abord enlevée chirurgicalement, les rayons sont ensuite utilisés pour essayer de détruire les cellules néoplasiques oubliées par le bistouri.

La radiothérapie et la radiumthérapie seront les

seuls moyens utilisables dans le traitement du sarcome de la conjonctive chez les malades se refusant à toute intervention chirurgicale.

Devant un sarcome métastatique, la question de savoir s'il faut enlever l'œil porteur d'une telle lésion ou s'il faut en tenter la conservation en excisant largement la tumeur, est beaucoup plus facile à résoudre.

L'intervention devra consister le plus souvent en une opération conservatrice. On pratiquera l'ablation de la tumeur seule, l'énucléation, dans ce cas, n'améliorerait pas le pronostic, la source du mal étant ailleurs. L'énucléation sera réservée aux seuls cas ayant détruit l'organe au point de vue fonctionnel ou coexistant avec des métastases des membranes internes.

Le traitement prophylactique des tumeurs métastatiques de la conjonctive sera celui de la tumeur primitive.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

Comme nous l'avons dit au début de notre travail, nous éliminons, sauf au cours de la bibliographie, toutes les tumeurs du limbe et nous ne donnons ici que les observations de sarcomes de la conjonctive sclérale.

Sarcomes métastatiques.

OBSÉRVATION I (*Inédite*)

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET)

Sarcome métastatique de la conjonctive avec noyaux multiples de généralisation. — Tumeur de la jambe gauche opérée trois ans auparavant.

Mme M..., âgée de 67 ans, profession de ménagère.

Fut opérée il y a 3 ans pour une tumeur située près du tendon d'Achille. Cette tumeur récidiva à plusieurs reprises et la malade dut subir 3 ou 4 opérations. Elle vint à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 26 août 1907 et fut admise dans le service du Professeur Poncet. Trois jours après son arrivée, la ma-

lade fut opérée d'une tumeur du pied gauche. L'on pratiquait également chez elle l'évidement de l'aine où se trouvait une masse ganglionnaire du volume d'un œuf.

L'examen microscopique des tissus extirpés fait par le Docteur Leriche ne révéla pas de pigments.

Le 2 octobre 1907, la malade fut envoyée à la clinique d'ophtalmologie de M. le Professeur Rollet, parce qu'elle présentait une tumeur de l'œil droit. A l'examen, on note : une tumeur de la grosseur d'une noisette occupant la partie interne de la conjonctive bulbaire. (Voir phot. 1.) Cette tumeur est indolore et n'adhère pas à la sclérotique. On peut mobiliser la conjonctive au devant de la tumeur. Les mouvements de l'œil sont conservés, il n'y a pas d'épiphora.

La malade ne peut fixer la date d'apparition de la tumeur.

Indépendamment de l'affection oculaire, il existe : deux noyaux secondaires au niveau du front, un dans le bloc droit du corps thyroïde, un dans les plans sous-cutanés en avant du thyroïde, trois dans la région mammaire droite, une dizaine dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse droite. Au niveau de la cicatrice inguinale gauche, on constate une récidive, l'aine droite est remplie de ganglions.

Poumons : bronchite généralisée. Rien au cœur. Foie petit.

On pratique l'extirpation de la tumeur oculaire sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Après section de la conjonctive, on tombe sur une tumeur encapsulée, qui se clive aisément et laisse après elle une dépression sur la sclérotique. Suture de la conjonctive. On procède ensuite à l'ablation du noyau métastatique frontal.

La malade est revue le 12 octobre 1907. La tumeur de la conjonctive opérée a donné un excellent résultat.

Le 14 octobre, la malade quitte le service.

Examen microscopique fait par le Docteur Aurand.

La majeure partie de la tumeur est constituée par des cellules assez volumineuses à noyaux clairs, oblongs et fusiformes. De temps en temps, quelques fibres conjonctives apparaissent, mais l'on voit de nombreuses fentes vasculaires

à une seule paroi endothéliale, plongées au milieu de la masse néoplasique.

La périphérie de la tumeur est constituée par une épaisse enveloppe de fibres conjonctives. Sur un des points de la coupe, on aperçoit un repli de la conjonctive avec son épithélium bien constitué et une sous-muqueuse avec une couche adénoïde infiltrée de globules rouges et de petites cellules colorées.



Photo I. — Mme X..., 67 ans.
Sarcome métastatique de la conjonctive.

En somme, les cellules de la tumeur et leur disposition, la petite quantité de tissu conjonctif, les nombreuses fentes vasculaires montrent qu'il s'agit ici d'un sarcome à tendance fuso-cellulaire.

Sarcomes primitifs.

Leuco-sarcomes.

OBSERVATION II (PUCCIONI)

Sarcome à cellules fusiformes du secteur supéro-interne de la conjonctive bulbaire.

Fillette de 12 ans, présentant une tumeur irrégulièrement sphérique, de consistance élastique, se développant avec une grande rapidité et siégeant dans le secteur supéro-interne de la conjonctive bulbaire de l'O. G.

Cinq mois après l'extirpation, il n'y avait pas de récidence.

Examen microscopique. Sarcome non pigmenté à cellules ovoïdes et fusiformes, contenues dans un stroma abondant de délicates fibrilles connectives.

OBSERVATION III (GROSSMANN)

Sarcome à cellules fusiformes de la partie interne de la conjonctive bulbaire

Femme de 30 ans, porteuse d'une tumeur rougeâtre de la grosseur d'une lentille, se développant dans la conjonctive bulbaire de l'angle interne de l'O. D.

Pas de douleurs, pas de troubles de la vision.

A l'examen microscopique, on ne trouve pas de pigments. La tumeur est constituée par des cellules fusiformes.

OBSERVATION IV (BETTI)

Leucosarcome à cellules fusiformes du quadrant supéro-externe de la conjonctive bulbaire

M. X..., 48 ans, reçut un coup violent à l'œil gauche. Il s'en suivit des phénomènes inflammatoires intenses, mais de courte durée. Au bout de quelques jours, l'œil était redevenu normal. Environ un mois après le traumatisme, le malade commença à éprouver une sensation pénible analogue à celle produite par un corps étranger de la conjonctive. Il nota dans le quadrant supéro-externe de la conjonctive bulbaire, la présence d'une petite élevation de couleur rouge. Dans les mois qui suivirent, cette production augmenta rapidement de volume, prit l'aspect d'une tumeur ronde, de couleur rose et devint le siège d'hémorragies fréquentes. Le malade s'aperçut ensuite qu'une seconde tumeur croissait à côté de la première et se développait très rapidement. Il se présenta alors à la clinique d'ophtalmologie de Siena.

A l'examen, on nota la présence d'une tumeur au niveau de l'œil gauche, commençant à quelques millimètres du limbe et s'étendant vers l'angle externe de l'œil en écartant les paupières. Cette tumeur était rouge violacé, pédiculée et du volume d'un pois. Une deuxième masse néoformée globuleuse de couleur rouge clair, de consistance molle, occupait le limbe. Les deux tumeurs adossées étaient séparées par un profond sillon dont le fond était constitué par la conjonctive. Ce sillon suivait la direction du limbe.

La conjonctive était hyperémisée de façon diffuse. Le malade n'éprouvait aucune douleur, le reste de l'œil était normal.

Les tumeurs furent aussitôt extirpées ; un mois après le malade quittait la clinique.

A l'examen microscopique, on fit le diagnostic de leucosarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION V (Edward B. HOCKEL)

Sarcome à cellules fusiformes de la partie temporale de la conjonctive bulbaire

M. A..., âgé de 69 ans.

En 1910, le patient ayant découvert une tumeur sur le côté temporal de son globe oculaire gauche, consulta un oculiste qui excisa le néoplasme et donna un bon pronostic. La tumeur réapparut aussitôt, augmentant rapidement de volume. Le malade consulta alors le Docteur Heckel. On fit une biopsie et l'examen histologique permit de poser le diagnostic de sarcome à cellules fusiformes.

Quelques jours après, la tumeur fut traitée par la radiothérapie.

En juin 1911, après plusieurs mois de traitement, la tumeur avait disparu, l'œil était normal.

En 1916, le malade est examiné à nouveau, aucune récurrence, œil normal.

OBSERVATION VI (HOWARD)

Sarcome à petites cellules rondes du quadrant supéro-externe de la conjonctive

Mme K..., 46 ans, entre à Jefferson Hospital, le 10 mai 1914.

La malade souffre de douleurs dans les jambes. Après examen, on fait le diagnostic de thrombo-phlébite.

Aucun antécédent héréditaire.

Le 31 décembre 1914, le Professeur Howard fut appelé pour examiner une tumeur qu'on découvrit sur l'œil gauche de la patiente.

Cette tumeur située sur le quadrant externe et supérieur du globe oculaire était légèrement colorée et recouverte par la conjonctive. La vision n'était pas troublée, il n'y avait aucun symptôme subjectif. Le fond de l'œil était normal.

Sous anesthésie locale, la tumeur fut enlevée totalement. La

base était peu adhérente à la sclérotique. La conjonctive fut suturée.

Le 29 mai, la malade fut examinée une dernière fois ; il n'y avait alors aucun signe de récurrence, l'œil paraissait complètement sain.

Examen macroscopique. Petite masse molle, jaune rougeâtre, pesant 0 gr. 50.

Examen microscopique. Stroma fibreux avec petites cellules rondes, nombreux petits vaisseaux de nouvelle formation. Hémorragies par places.

OBSERVATION VII (WOOD)

Sarcome à cellules rondes de la partie supérieure et externe de la conjonctive oculaire

Tumeur semi-transparente de consistance élastique, située sur la partie supérieure et externe du globe droit chez une jeune fille de 15 ans. Le ganglion préauriculaire était envahi. L'orbite fut évidée, les ganglions préauriculaires-sous-maxillaires et cervicaux furent enlevés. Il n'y eut pas de récurrence, mais la malade mourut 6 mois après d'une métastase abdominale.

La tumeur était un sarcome constitué par des petites cellules rondes.

OBSERVATION VIII (SCHWENK)

Sarcome à cellules rondes et fusiformes de la partie externe de la conjonctive bulbaire

Edna N..., âgée de 15 ans, se présente à l'hôpital et raconte l'histoire suivante : une tache rouge qui a augmenté de volume graduellement est apparue sur le côté externe du globe droit, il y a de cela plusieurs années. La malade désirerait la faire enlever.

L'examen montre une tumeur située à 4 $\frac{m}{m}$ en dehors du limbe de l'œil droit, de consistance molle, légèrement saillante, de 3 $\frac{m}{m}$ de diamètre. La forme en est à peu près circulaire et les vaisseaux sont nombreux à son niveau. Cette tumeur n'adhère pas à la sclérotique, elle est recouverte par la conjonctive brillante.

L'ablation fut pratiquée et la malade sortit de l'hôpital quelques jours après, apparemment guérie.

La vision de chaque œil était normale.

Examen histologique : Tumeur formée par les cellules rondes et fusiformes, très vasculaire et par endroits présentant le type alvéolaire. Il n'y a point de pigment.

Mélano-sarcomes.

OBSERVATION IX (ADDARIO)

Sarcome mélanique à petites cellules rondes de la partie supérieure et externe de la conjonctive bulbaire

M. X..., 83 ans, était porteur en octobre 1883 d'une tumeur de l'œil gauche se présentant sous forme d'une petite élévation de la conjonctive, incolore, située à la partie supéro-externe du bulbe oculaire. Dans l'espace de 3 mois, cette tumeur acquit le volume d'un pois; mais elle restait encore incolore et n'occasionnait aucune douleur. Le malade ne présentait aucun trouble visuel. La tumeur commença ensuite à croître très rapidement et à présenter des stries noirâtres. En peu de temps, elle devint complètement noire et s'ulcéra. En mai 1884, le néoplasme recouvrait en partie le globe oculaire et gênait ses mouvements. En janvier 1885, le malade mourut.

A l'autopsie, on trouva des noyaux métastatiques dans le poumon, les ganglions abdominaux, les reins. L'œil était recouvert par une tumeur bosselée et noire.

A l'examen microscopique, on fit le diagnostic de mélanosarcome à cellules rondes. Sur les coupes, on constata l'inté-

grité des membranes internes : la sclérotique ne présentait pas d'éléments pigmentés et la choroïde avait une structure normale. En un endroit pourtant le tissu périvasculaire d'une veine de la sclérotique était infiltré d'éléments analogues à ceux de la tumeur.

OBSERVATION X (DE WECKER)

Sarcome mélanique de la conjonctive

M. X..., notaire, âgé de 70 ans, porteur d'une tumeur mélanique de la grosseur d'une petite fève siégeant sur l'œil gauche, sous la conjonctive, au devant de l'insertion du droit supérieur.

Opération suivie de deux récidives.

L'examen de la tumeur démontra qu'il s'agissait d'un sarcome mélanique.

OBSERVATION XI (KERSCHBAUMER)

Sarcome mélanique à structure alvéolaire de la conjonctive sclérale

Thérèse Sch..., paysanne de 58 ans, présente une tumeur s'étant développée il y a 6 mois, au niveau d'un noëvus, siégeant sur la partie externe de la sclérotique de l'œil gauche.

L'énucléation fut pratiquée. Une récidive fut constatée dans l'orbite 3 mois après.

A l'examen microscopique, la tumeur était formée d'un large réseau vasculaire avec de nombreuses fentes, contenant du sang. Ces fentes divisaient la tumeur en nombreuses alvéoles. Il existait des cellules fusiformes. Entre les cellules était du pigment.

OBSERVATION XII (Hoor)

Sarcome mélanique à structure alvéolaire de la conjonctive sclérale. — Nævus du limbe.

Mlle X..., 15 ans, d'aspect florissant, vient à la consultation le 28 novembre 1906, pour se faire opérer d'une tumeur congénitale de la grosseur d'une tête d'épingle, située au niveau de l'œil droit, et ayant tendance, durant ces dernières semaines, à devenir plus grande.

L'examen révèle une acuité visuelle normale des deux yeux, un œil gauche normal. Au limbe de l'œil droit, on voit une tumeur peu proéminente, du volume d'une tête d'épingle, colorée en brun. A l'adduction de l'œil, on découvre, à environ six millimètres en dehors du limbe, dans la conjonctive sclérale, une seconde tumeur de la grosseur d'un grain de millet, brun rougeâtre, tout près de celle-ci est une troisième tumeur.

Ces deux dernières tumeurs furent seules extirpées et à l'examen microscopique on fit le diagnostic de mélano-sarcome à structure alvéolaire. Le 4 décembre 1906, le Professeur Fuchs enleva la tumeur du limbe. L'examen microscopique de cette pièce montra qu'il s'agissait d'un nævus présentant en un endroit un amas cellulaire que l'on considéra être un amas de cellules sarcomateuses.

Quelques mois après, des métastases existaient au niveau des ganglions préauriculaires-sous-maxilliaires, cervicaux et la malade mourait le 24 juillet 1907.

CONCLUSIONS

I. — Au point de vue anatomique, on décrit à la conjonctive bulbaire ou oculaire une portion sclérale et une portion péricornéenne ou limbe conjonctival. Cette distinction, importante au point de vue histologique, l'est aussi au point de vue pathologique.

II. — Les sarcomes de la conjonctive sclérale sont des tumeurs malignes, de la série conjunctivo-vasculaire, qui peuvent être primitives ou exceptionnellement secondaires.

III. — Ces tumeurs apparaissent à tout âge et sont plus rares que les sarcomes du limbe. On peut les diviser en leuco-sarcomes et en mélano-sarcomes.

IV. — Les sarcomes de la conjonctive sclérale, le plus souvent, sont indolores, ne gênent pas la vision et amènent rarement de l'adénopathie. Au début, ils se présentent sous l'aspect d'une légère saillie de la conjonctive de couleur jaune rougeâtre, rouge, sépia ou noire. Peu à peu, leur volume augmente et leur surface peut s'ulcérer. Leur évolution est lente ; ils s'étendent en surface, envahissent exceptionnellement les membranes internes, contrairement aux tumeurs du limbe, qui deviennent aisément pénétrantes. Il existe des cas, surtout chez les jeunes, à évolution rapide.

V. — Le pronostic de ces tumeurs est grave.

Lorsqu'il s'agit de sarcome primitif, le malade, après ablation de la tumeur et même après énucléation, est encore exposé aux récidives ou métastases.

Dans le cas de sarcome métastatique, l'avenir du malade est compromis par l'ensemble des généralisations.

VI. — La marche de l'affection et les commémoratifs permettent d'éliminer facilement les tumeurs bénignes. Au début, l'aspect saillant et la surface lisse de la tumeur doivent faire songer au sarcome, une surface bosselée, irrégulière, une large base doivent suggérer l'idée d'épithélioma.

VII. — Quoique le sarcome soit peu radiosensible, les rayons X ont donné quelquefois de bons résultats. C'est surtout le traitement chirurgical qui doit être préconisé. L'extirpation pour amener la guérison doit être faite de bonne heure et aussi complète que possible. Dans les cas à marche rapide, il est nécessaire de pratiquer d'emblée l'énucléation.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu :

ROLLET

LE DOYEN,

Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Novembre 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

- ALT. — Some interesting. *Am. J. of opht.*, 1909.
- ADDARIO. — Su di un caso di melano-sarcoma episclerale et sulla formazione della melanina né tumori. *Ann. di Ottal.*, 1885.
- ALESSANDRO (d'). — Sarcoma endothelial del limbus. *La Clinica Ocul.*, 1902.
- BAKER. — Melanotic sarcoma of the conjunctiva. *Journ. of Am. med. Ass.*, 1898.
- BALL. — A case of sarcoma of the conjunctiva with remarks on metastatic sarcoma and carcinoma. *Am. Jour. surg. and Gynec.* Saint-Louis, 1900.
- BARMETTLER. — Contribution à l'étude morphologique et histologique des tumeurs épibulbaires. *Giornale internazionale delle Science mediche*, 1907.
- BELL. — Melanosarcoma of the limbus. *Arch. of opht.*, 1904.
- BERARDINIS (de). — Melanosarcoma epibulbare. *Ann. di Ottal.*, 1901.
- BETTI. — Leucosarcoma epibulbare a cellule Fusate. *Ann. di Ottal.*, 1911.
- BRAUNSCHWEIG. — Melanosarkom der Binderhaut. *Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 1908.
- BUSHMAN. — Recuring conjunctival tumor. *Am. Jour. Opht.*, 1922.
- CEPPY. — Sarcome primitif de la conjonctive. *Progrès Médical*. Tome IX, N° 22.

- CHANAUD. — Contribution à l'étude des tumeurs mélaniques de la conjonctive. *Thèse*, Bordeaux, 1899-1900.
- CHAPELLE. — De l'influence du trauma sur la pathogénie et l'évolution des tumeurs oculaires. *Thèse*, Paris, 1906.
- CHEVALIER. — Une observation de sarcome alvéolaire de la conjonctive. *Soc. française d'opht.*, 1907.
- CLEGG. — Epibulbar melanotic sarcoma. *The Lancet*, 1904.
- CRIGLER. — Epibulbar sarcoma with microscopic and macroscopic section. *Arch. of Opht.*, 1915.
- DARIER. — Traité complet de thérapeutique oculaire. *Paris*, 1921.
- TEN DËSSCHATE. — Over metastatisch sarkoom in het oog. *Nederl. Tijdschr. v. Gen.*, 1919.
- DOYNE. — Two peculiar cases of melanotic sarcoma of the conjunctiva. *The ophthalmoscope*, 1904.
- DYER. — Case of sarcoma of the conjunctiva. *Transact. of the Amer. Opht. soc.* S. 538.
- EMAMUL K. — Epibulbar melanotic tumors and their relations to neuro-fibromatosis. *Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 1908.
- FERJUS. — Malignant disease of the conjunctiva. *Opht. Soc. of the Un. K.*, 1905.
- FISCHER. — Sarcome épibulbaire. *Opht. Soc.*, 1901.
- FOSMARK. — Sarcome épibulbaire bilatéral et symétrique. *Méd. Chir. institute*. Stockholm, Part IX.
- FUCHS. — Manuel d'ophtalmologie, 1892, Paris.
- GABRIELIDÈS. — Des conjonctivites. Constantinople, 1921.
- GALLEMAERTS. — Sarcome mélanique épibulbaire. *La Clinique Opht.*, 1909.
- GREEF. — Die pathologische Anatomie des Auges, 1902.
- GROSS. — Primary Epibulbar melanosarcoma. *Opht. Record*, 1908.
- GROSSMANN. — Leucosarcoma of ocular conjunctiva. *The Opht. rev.*, 1889.

- HALTENHOFF. — Sarcome mélanique de la conjonctive. *Revue Méd. de la Suisse romande*, 1882.
- HECKEL. — Epibulbar sarcoma. *Am. Jour. Opht.*, 1916.
- HELLER. — Mélanosarcome et mélano-carcinome de la conjonctive bulbaire. *Thèse Heidelberg*, 1919.
- HOEHHEIM. — Sarcome mélanique épibulbaire. *Zeits. f. Aug.*, 1902.
- HOOR. — Zur Malignität der gefärbten Tumoren des Auges *Klin. Monat.* 1913.
- HOWARD. — A case of epibulbar sarcoma. *Opht. Record*, 1915.
- JESSOP (W. H.). — Sarcoma of the Limbus. *Trans. opht. Soc. U. K.*, 1904.
- JOSEFSON. — Bensarkom med metastaser i hud conjunctivæ och inre organ. *Hygiea*, 1904.
- JEGOROW. — Un cas de sarcome mélanique épibulbaire. *Wiest. Opht.*, 1884.
- KELLERMANN. — Recuring epibulbar sarcoma. *Zeitsch f. Augen*, 1908.
- KERSCHBAUMER. — Das Sarkom des Auges. Wiesbaden, 1900
- KOEPPEN. — Ein Fall von Melanosarkom der Bindehaut. *Inaug. Diss. Hall a. S.*, 1898.
- KOLLER. — Epibulbar sarcoma. *Arch. of Opht.*, 1911.
- KORJENIANZE. — Un cas de mélanosarcome de la conjonctive du globe oculaire opéré avec conservation de l'œil. *Wiestnick Opht.*, 1912.
- KRAUTNER. — Fall von Leucosarkom des epibulbären Gewebes. *Klin. Mon. für Augen*. 1900.
- LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil. Paris, 1901.
- LAPERSONNE (de) et CURTIS. — A propos d'une tumeur sarcomateuse du limbe scléro-cornéen. *Arch. d'opht.*, 1897-1903.
- LAUBER. — Mélanosarcome diffus de la conjonctive. *Zeitschr. f. Augen*, 1909.
- LAWFORD. — Sarcome de la conjonctive. *Trans. Opht. Soc. U. K.*, 1901.

- LILLY. — Melanotic sarcome of the Liver secondary to melanotic sarcome of the Eye. *Lancet*, 1911.
- MARZIN. — Contribution à l'étude des sarcomes mélaniques de la conjonctive et des paupières. *Thèse*, Bordeaux, 1895-1896.
- DEL MONTE. — Sarcome of conjunctiva. *Zeitsch f. Augen*, 1908.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux, 1894.
- PARSONS (J.-H.). — The pathology of the Eye. *London, Hodder*, 1904.
- PUCCIONI. — Sarcoma epibulbare. *Bullet. della R. Acc. medica di Roma*, 1900.
- RIBBERT. — Ueber das Melanosarkom. *Beiträge zur pathologischen anatomie*. Ziegler, 1897.
- ROBINEAU. — De quelques variétés de tumeurs malignes de la conjonctive. *Thèse*, Paris, 1882.
- ROLLET. — La radiothérapie en ophtalmologie. *Journal de Médecine de Lyon*. Mars 1921.
- ROPER. — Sarcome mélanique. *Trans. of the Opht. Soc.*, 1912.
- ROY. — Volumineux sarcome de la conjonctive. *Ann. d'ocul.* T. CXL.
- RSCHANITZIN. — Zur Kasuistik der Rundzellenlunkosarkome der Bindehaut. *Mon. f. Augen*, 1909.
- SCHULTZE. — Zwei bemerkenswerthe Fälle von melanotischem Sarkom der Conjunctiva. *Zchenders Klin. Monat. f. Augen*, 1894.
- SCHWENK. — Sarcoma of bulbar conjunctiva. *Ophthalmoscope* 1909.
- SCHWITZER. — Melanosarcome de la conjonctive. *Zeitchr. f. Augen*. 1905.
- SHUMWAY. — Tumors of the conjunctiva. *Journ. of the Am. med. Ass.*, 1903.
- SGROSSO. — Contribuzione alla morfologia ed alla stucttura dei tumori epibulbari. *Ann. di Ottal.*, XXI, 1892.
- DE SPÉVILLE. — Mélanosarcome du globe oculaire. *La Clinique Opht.*, 1909.
- STROUSE. — Ein Fall von subkonjunktivalem, epibulbärem

- Sarkom. *Deutschmann's Beiträge Z. prakt. Augenh. Heft.* XXX.
- SYMMER. — The metastasis of tumors. *Am. Jour. Med. Soc. Phila.* 1917.
- TERTSCH. — Circumcribed melanosis of conjunctiva. *Opht. Gesell in Wien.* 1908.
- THOU. — Contribution à l'étude de quelques tumeurs rares de la conjonctive. *Thèse*, Paris, 1879.
- TESTUT. — *Traité d'anatomie descriptive*, 1911.
- VERHOFF. — Epibulbar sarcoma. *Arch. of Opht.*, 1911.
- VERHOFF and LORING. — Sarcoma of Conjunctiva. *Arch. of Opht.*, 1903.
- VERNER. — Melanotic epibulbar sarcoma. Enucleation. *Trans. opht. Soc. U. K.*, 1904.
- VUISSONHALER. — Sarcome épibulbaire. *Journal of the Arkansas Med. Soc.*, 1908.
- WEASY. — Report of a case of epibulbar sarcoma. *Ophthalmology*, 1910.
- DE WECKER. — *Traité des maladies des yeux*, 1869.
- WILDER. — Epibulbar melanosis. *Opht. Record*, 1909.
- WOLF and DEELMAN. — A case of melanosis conjunctivae bulbi. *The British J. of Opht.*, 1921.
- WOLFE. — A case of sarcoma of the conjunctiva. *Amer. J. of surg. and Gen.*, 1915.
- WOOD. — Epibulbar leucosis. *Am. Med. Ass.*, 1909.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	9
Introduction	10
Chapitre premier. — Considérations anatomiques sur la conjonctive sclérale. Ses caractères distinctifs	12
Chapitre II. — Historique.	16
Chapitre III. — Etiologie et Pathogénie	19
Chapitre IV. — Anatomie pathologique.	23
Chapitre V. — Evolution et symptômes	27
Chapitre VI. — Diagnostic	30
Chapitre VII. — Pronostic	34
Chapitre VIII. — Traitement.	36
Chapitre IX. — Observations	39
Conclusions	49
Bibliographie.	51
